

Estratégias de Regulação Emocional como Preditores da Sintomatologia da Perturbação de Stresse Pós-Traumático em Doentes Com Esclerose Múltipla

Teresa Carvalho* ^{1,2}, Helena Espírito-Santo ^{1,2}, Carolina Gomes ², Luís Benedito ², Fernanda Daniel ²



1 - CINEICC , Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra



2 - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante crónica, progressiva e potencialmente incapacitante, facilitadora de repetidas experiências stressantes e potencialmente traumáticas, indutoras de emoções disruptivas (1,2). Estados de stresse podem influenciar o início e as recidivas da EM (3). Todavia, são escassos os estudos sobre o valor preditivo das estratégias de regulação emocional disfuncionais no desenvolvimento da sintomatologia da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) em doentes com EM.

OBJECTIVOS

Explorar o valor preditivo da fusão cognitiva, supressão do pensamento e alexitimia (estratégias de regulação emocional) para a sintomatologia da PTSD em doentes com EM, controlando o efeito dos sintomas depressivos comórbidos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Duas amostras independentes de conveniência, compostas por 97 doentes com EM (grupo clínico com EM) e 108 indivíduos da população geral sem EM (grupo da população geral sem EM), ambas sem outras doenças neurológicas diagnosticadas.

INSTRUMENTOS

Utilizaram-se as versões portuguesas dos seguintes instrumentos de autorresposta:

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (4): avalia o grau em que os respondentes foram afetados pelos sintoma da PTSD, contemplados no DSM-5, durante o último mês. Nos grupos clínico com EM e da população geral sem EM, o PCL-5 apresentou valores de consistência interna de $\alpha=.93$.

Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) (5): utilizou-se a subescala de depressão para medir os sintomas depressivos, com valores de $\alpha=.88$ e $\alpha=.83$ nos grupos clínico com EM e da população geral sem EM, respetivamente.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) (6): mede a tendência para se ficar fusionado com experiências internas (fusão cognitiva). Neste estudo, o CFQ apresentou valores de $\alpha=.85$ e $\alpha=.88$, respetivamente, nos grupos clínico com EM e da população geral sem EM.

White Bear Suppression Inventory (WBSI) (7): avalia a tendência para suprimir pensamentos crónicos. Nos grupos clínico com EM e da população geral sem EM, a medida exibiu, respetivamente, valores de $\alpha=.90$ e $\alpha=.94$.

Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) (8): mede três facetas da alexitimia: dificuldade em identificar e em descrever sentimentos, e pensamento orientado para o exterior. Utilizou-se o total da escala, com valores de $\alpha=.85$ e $\alpha=.76$, respetivamente, nos grupos clínico com EM e da população geral sem EM.

PROCEDIMENTOS

Metodológicos: os grupos clínico com EM e da população geral sem EM foram, respetivamente, recrutados na Sociedade Portuguesa de Esclerose múltipla (SPEM), após autorização para o efeito, e nos ciclos interpessoais dos investigadores. A participação dos sujeitos foi voluntária, foi obtido o consentimento informado por parte destes e foram respeitados os princípios éticos da investigação científica.

Analíticos: o estudo apresenta um desenho transversal. Foram garantidos os pressupostos básicos dos testes estatísticos. Valores de assimetria (Sk) $<|3|$ e achatamento (Ku) $<|10|$ indicaram a inexistência de desvios severos à distribuição normal das variáveis (9). Na comparação das médias dos grupos independentes, obtida através do *t*-Student, a magnitude do efeito das diferenças significativas foi estimada pelo *d* de Cohen (pequena: $d = 0.2$; moderada: $d = 0.5$; grande: $d = 0.8$) (10). Integraram os modelos preditivos, testados através da regressão linear múltipla (RLM), os potenciais preditores que, previamente: **(a)** se diferenciaram estatisticamente entre os grupos clínico com EM e da população geral sem EM; **(b)** apresentaram correlações de Pearson significativas com os sintomas da PTSD no grupo clínico com EM. Quanto aos pressupostos da RLM, a distribuição normal e a homogeneidade dos resíduos foram, respetivamente, verificadas pelo teste Kolmogorov-Smirnov e gráfico dos resíduos. O teste de Durbin-Watson permitiu confirmar a independência dos resíduos. A inexistência de multicolinearidade entre as covariáveis foi garantida por valores de *variance inflation factor* (VIF) ≤ 5 , de *condition index* ≤ 15 e por valores de tolerância próximos de 1. A inexistência de *outliers* foi verificada com base no valor exato do *p-value* $>.05$ associado a cada *studentized deleted residuals* (11).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as principais características da amostra. Os grupos clínico com EM e da população geral sem EM não se diferenciaram quanto à idade, $t_{(198,47)}=1.76$; $p = .090$, anos de escolaridade, $t_{(203)} = -0.69$; $p = .090$, e sexo, $\chi^2_{(1)} = 0.91$, $p = .763$.

DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que intervenções de prevenção/redução da PTSD em doentes com EM devem flexibilizar estratégias de regulação emocional centradas na fusão cognitiva e na alexitimia, afim de promover a saúde mental dos doentes e, eventualmente, minimizar a exacerbação da EM. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (12) apresenta-se como uma intervenção promissora para os referidos propósitos. Futuramente, sugere-se a replicação deste estudo, considerando as suas principais limitações, nomeadamente, o método de amostragem não-probabilístico e a eventual não-representatividade das amostras, tendo em consideração que tais limitações poderão comprometer a generalização dos resultados.

Tabela 1. Características da amostra

	Grupo Clínico com EM (N=97)					Grupo da População Geral Sem EM (N=108)				
Variável	M	DP	Md	Min	Max	M	DP	Md	Min	Max
Idade (anos)	48.60	9.95	47.00	30	85	45.79	12.92	45.50	28	76
Escolaridade (anos)	12.21	4.60	12.00	4	23	12.65	4.56	12.00	4	24
Tempo diagnóstico EM (anos)	14.22	9.46	14.00	0.58	39.75	-	-	-	-	-
	n		%			n		%		
Sexo										
Masculino	37		38.10			39		36.11		
Feminino	60		61.90			69		63.89		
Formas evolutivas da EM										
Recidivante-remitente	54		55.67			-		-		
Secundária progressiva	20		20.62			-		-		
Primária Progressiva	10		10.31			-		-		
Não identificada	13		13.40			-		-		
Nota. EM = esclerose múltipla; Min = valor mínimo; Max = valor máximo.										

Na primeira etapa de construção do modelo preditivo e de acordo com a Tabela 2, foi retida a totalidade dos potenciais preditores.

Tabela 2. Estatística descritiva e análises comparativas dos sintomas da PTSD e dos seus potenciais preditores

Variável	Grupo Clínico com EM (N=97)					Grupo da População Geral Sem EM (N=108)					t	p	d
	M	DP	Md	Min	Max	M	DP	Md	Min	Max			
Fusão cognitiva (CFQ)	23.21	9.29	22.00	7	45	16.83	8.04	15.00	7	40	5.26	.000	0.73
Supressão pensamento (WBSI)	50.63	12.48	51.00	22	75	42.39	13.83	44.00	15	70	4.47	.000	0.64
Alexitimia (TAS-20)	53.51	14.39	52.00	25	83	46.19	10.88	45.50	22	72	4.07	.000	0.57
Sintomas depressivos (DASS-21-Depressão)	4.32	4.31	3.00	0	20	1.58	2.26	1.00	0	11	5.60	.000	0.80
Sintomas da PTSD (PCL-5)	35.36	14.04	32.00	20	79	27.75	10.21	24.00	20	81	4.40	.000	0.62
Nota. EM = esclerose múltipla; Min = valor mínimo; Max = valor máximo; d = d de Cohen; CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; WBSI = White Bear Suppression Inventory ; TAS-21 = Toronto Alexithymia Scale-20 ; DASS-21-Depressão = subescala de depressão das Depression, Anxiety and Stress Scales; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5.													

De acordo com a Tabela 3, na segunda etapa de construção do modelo preditivo dos sintomas da PTSD, formam retidos todos os potenciais preditores.

Tabela 3. Matriz de correlações de Pearson entre os sintomas da PTSD e seus potenciais preditores, no grupo clínico com EM (N=97)

Variável	1	2	3	4	5
1. Fusão cognitiva (CFQ)	1				
2. Supressão pensamento (WBSI)	.66**	1			
3. Alexitimia (TAS-20)	.25*	.40**	1		
4. Sintomas depressivos (DASS-21-Depressão)	.42**	.21*	.22*	1	
5. Sintomas da PTSD (PCL-5)	.65**	.48**	.46**	.36**	1
Nota. CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; WBSI = White Bear Suppression Inventory; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; DASS-21-Depressão = subescala de depressão das Depression, Anxiety and Stress Scales; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.					

Os potenciais preditores foram inseridos da RLM da seguinte forma: 1º bloco: depressão; 2º bloco: fusão cognitiva, supressão do pensamento e alexitimia. O modelo preditivo respecificado, composto apenas pelos preditores significativos dos sintomas da PTSD (fusão cognitiva e alexitimia) nos doentes com EM, explica uma percentagem considerável da variância da referida sintomatologia, nomeadamente, 49.9% (Tabela 5).

Tabela 4. Análise da regressão linear múltipla (método enter) respecificada, composta pelos preditores significativos dos sintomas da PTSD, no grupo clínico com EM (N=97)

Preditores	r	r ² ajustado	β	p
Modelo 1	.509	.499		.000
Fusão cognitiva (CFQ)			.566	.000
Alexitimia (TAS-20)			.316	.000
Nota. CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20 .				

RERERÊNCIAS

- Ostacoli L, Carletto S, Borghi M, Cavallo M, Rocci E, Zuffranieri M, et al. Prevalence and significant determinants of post-traumatic stress disorder in a large sample of patients with multiple sclerosis. J Clin Psychol Med Settings. 2013 Jun; 20(2): 240-6. doi: 10.1007/s10880-012-9323-2.3
- Carletto S, Borghi M, Bertino G, Oliva F, Cavallo M, Hofmann A, et al. Treating post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial comparing the efficacy of eye movement desensitization and relaxation therapy. Front Psychol. 2016 Apr 21; 7:526. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00526
- Briones-Buixassa L, Milà R., Mª Aragonès J, Buñil E, Olaya B, & Arrufat FX. Stress and multiple sclerosis: a systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. Health Psychol Open., 2015 Nov 4; 2(2): 1-16. doi: 10.1177/2055102915612271
- Carvalho T, da Motta C, Pinto-Gouveia J. Portuguese version of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): comparison of latent models and other psychometric analyses. SageSubmissions. Preprint. 2019 Jul 30. doi: 10.31124/advance.8167550.v2
- Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psic., Saúde & Doenças. 2004; 5(1), 229-39.
- Pinto-Gouveia J, Dinis A, Gregório S, Pinto AM. Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms – the role of cognitive fusion. Curr Psychol. 2018, Jan 8; X: 1-12. doi:10.1007/s12144-017-9767-5
- Pinto-Gouveia J, & Albuquerque P. Versão Portuguesa do Inventário de Supressão do Urso Branco. Mnscriito não publicado. Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2007.
- Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In: Almeida LS, Simões MR, Machado, Gonçalves M. M., editors. Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. 2ª ed. Vol II. Coimbra: Quarteto; 2008. p. 95-107.
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press. 2011.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Nova Jersey: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
- cohen J. Análise estatística com o SPSS statistics. 7th ed. Lisboa: ReportNumber; 2018.
- Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to mindful change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2012.